

II.2.2. Dostępność świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

Katarzyna Szczerbińska, Zbigniew Król

Na wstępie należy zaznaczyć, że wobec opisanych powyżej zmian restrukturyzacyjnych w systemie ochrony zdrowia, porównania danych statystycznych są niezwykle trudne, a nieraz niemożliwe albo z powodu ich braku, albo nieporównywalności. Pomimo licznych opracowań rejestrujących zmiany w ochronie zdrowia często nie posiadamy też danych dotyczących bezpośrednio osób starszych. Dlatego w wielu przypadkach musieliśmy się odnieść do danych pierwotnie liczonych dla populacji ogólnej. W ten sposób powstały sztuczne wskaźniki, które wprawdzie nie mogą służyć do bezwzględnego opisu opieki nad osobami starszymi (co wyjaśniono w rozdziale II.1.2, dotyczącym metody badania), ale za ich pomocą można porównać zmiany dostępności poszczególnych świadczeń w czasie, uwzględniając proces demograficznego starzenia się społeczeństwa.

II.2.2.1. Osiągalność świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

Porównując dane statystyczne z lat 1990 i 2000, należy stwierdzić, że chociaż bezwzględna liczba zatrudnionych w opiece zdrowotnej lekarzy zwiększyła się z 81 641 [GUS, 1998d, Tab. 2(61), s. 158] do 85 031 [GUS, 2001b, s. XVIII], to w wyniku starzenia się społeczeństwa wskaźnik ten w przeliczeniu na tysiąc osób starszych zmalał z 21 do 17,9. Warto dodać, że w roku 1998 liczba lekarzy pracujących w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej wynosiła 91 121, zaś w kolejnych latach raptownie się zmniejszyła, do 85 031 w roku 2000 [GUS, 2001a, Tab. 1(143)] (tabela II.2.1). Jednocześnie obserwujemy wzmocnienie kadrowe podstawowej opieki zdrowotnej poprzez wzrost liczby lekarzy pierwszego kontaktu z 2,1 na tysiąc osób powyżej 65. r.ż. w 1990 roku⁵ do 2,4 w roku 2000⁶.

⁵ Jeśli weźmiemy do obliczeń tylko 5369 lekarzy zatrudnionych w poradniach rejonowych ogólnych (bez pediatrów, ginekologów i stomatologów) i 2863 lekarzy w ośrodkach zdrowia, wskaźnik wyniesie 2,1 lekarza POZ/1000 osób powyżej 65. r.ż. (czyli 8232 lekarzy pierwszego kontaktu/3884,2 tys. osób powyżej 65. r.ż.) [obliczenia własne na podstawie danych: GUS, 2001a, Tab. 1(143)].

⁶ Jeśli weźmiemy do obliczeń tylko 7658 lekarzy zatrudnionych w poradniach ogólnych (bez pediatrów, ginekologów i stomatologów) i 3610 lekarzy w ośrodkach zdrowia, wskaźnik wyniesie 2,4 lekarza POZ/1000 osób powyżej 65. r.ż. (czyli 11 268 lekarzy pierwszego kontaktu/4746,1 tys. osób powyżej 65. r.ż.) [obliczenia własne: CSIOZ, 2001a].

Tabela II.2.1

Zatrudnienie lekarzy i dentyстів w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce
w latach 1970–2004

Personel medyczny	1970	1980	1990	1995	1996	1998	1999*	2000*	2001*	2002*	2003*	2004*	Zmiana 1990–2000
Lekarze	46 466	63 577	81 641	89 421	90 828	91 121	87 524	85 031	86 608	88 070	87 617	85 623	+4,1%
Liczba lekarzy na 10 tys. ludzi	14,2	17,8	21,4	23,2	23,5	23,3	22,6	22,0	22,4	23,0	22,9	22,4	
Lekarze dentyści	12 966	16 834	18 205	17 805	17 869	17 624	13 260	11 758	10 124	10 775	10 737	13 827	–35,4%
Liczba lekarzy dentyстів na 10 tys. ludzi	4,0	4,7	4,8	4,6	4,6	4,5	3,4	3,0	2,6	2,8	2,8	3,6	

* Dane obejmują zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Opracowanie własne: CSIOZ, 2003, Tabl. 2.1: Personel zatrudniony służby zdrowia – stan w dniu 31 XII; GUS, 1998d, Tabl. 2(61): Pracownicy medyczni wg województw, s. 156; GUS, 2003c, Tabl. 1(272), s. 285; CSIOZ, 2005]

W badanym okresie zmalała ogólna liczba przychodni z 9912 (w roku 1990) [GUS, 2001c, Tabl. 6(260): Ambulatoryjna opieka zdrowotna, s. 265] do 8188 (w roku 2000) [tamże]. Jednocześnie powstawały praktyki lekarskie, które ubiegały się o kontrakt z kasami chorych (ich liczba z 2609 w roku 1999 zwiększyła się do 6419 w roku 2001). Zmniejszył się również wskaźnik liczby poradni ogólnych i ośrodków zdrowia przypadających na tysiąc osób powyżej 65. r.ż. – z 1,7 w 1990 roku do 1,4 w roku 2000⁷.

Liczba porad udzielonych w roku 1990 przez lekarzy pierwszego kontaktu (w tym internistów, pediatrów i ginekologów, z wyłączeniem dentystów) wyniosła 118 026 tys. [Koronkiewicz, 1998, Tabl. 3.8: Porady udzielane w zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej podstawowej i specjalistycznej, s. 110]. Z kolei w latach 1995–1996 obserwowano ograniczenie poradnictwa realizowanego w ramach POZ. Pod wpływem przemian do roku 2000 liczba wszystkich porad udzielonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej zwiększyła się do 140 720 tys. [GUS, 2003c, Tabl. 6(277), s. 289]. Pomimo tego wzrostu analiza danych wskazuje na zmniejszanie się liczby porad lekarzy POZ przypadających na osobę starszą na rok, co mogłoby sugerować utrudnienie dostępu do porad lekarzy POZ (patrz: tabela II.5.3, rozdział II.5). Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę tylko lekarzy w poradniach ogólnych, wykluczając z rozważań pediatrów, ginekologów i położników, to dane statystyczne wskazują na poprawę dostępności lekarzy pierwszego kontaktu dla ludzi starszych w omawianej dekadzie, od 11,5 porad rocznie na jedną osobę powyżej 65. r.ż w roku 1990⁸, do 17,3 porad w roku 2000⁹. Należy podkreślić, że przedstawione wskaźniki nie są liczbami porad rzeczywiście udzielonych osobom starszym, a jedynie wyliczeniem dokonany na użytek przedstawianego tu porównania dostępności świadczeń w 1990 i w 2000 roku (szersze wyjaśnienie znajduje się w rozdziale II.1.2, poświęconym metodzie badania). Według badań przeprowadzonych na niewielkich populacjach osób starszych przeciętna liczba udzielonych im konsultacji lekarskich jest zdecydowanie mniejsza i wynosi nie więcej niż 10 porad na osobę powyżej 65. r.ż. w skali roku [Bień, 2002a; Szczerbińska, Hubalewska-Hoła, 2003; Bień, 1996, s. 168–206; Maniecka-Bryła, Szpakowska, 2000]. Z sondażu COiEOZ, który dotyczył bezpośrednio osób starszych, wynika, że w roku 1996 przeciętnie udzielono 5,8 porad lekarskich jednej osobie powyżej 65. r.ż.¹⁰

⁷ Obliczenia własne na podstawie: GUS, 2001c; GUS, 2001b.

⁸ Liczba 11,5 konsultacji lekarza pierwszego kontaktu/na osobę powyżej 65. r.ż./na rok wynika z podziału 44 806,8 tys. porad udzielonych przez lekarzy zatrudnionych w poradniach rejonowych ogólnych (wyłączając pediatrów, ginekologów, stomatologów i innych specjalistów) przez 3884,2 tys. osób starszych [obliczenia własne na podstawie: GUS, 1998d, Tabl. 5(77), s. 191].

⁹ Liczba 17,3 konsultacji lekarza pierwszego kontaktu na osobę starszą na rok wynika z podziału 82 054,8 tys. porad przez 4746,1 tys. osób starszych. [Obliczenia własne na podstawie: GUS, 2001b, Tabl. 9, s. 11, Tabl. 16, s. 18].

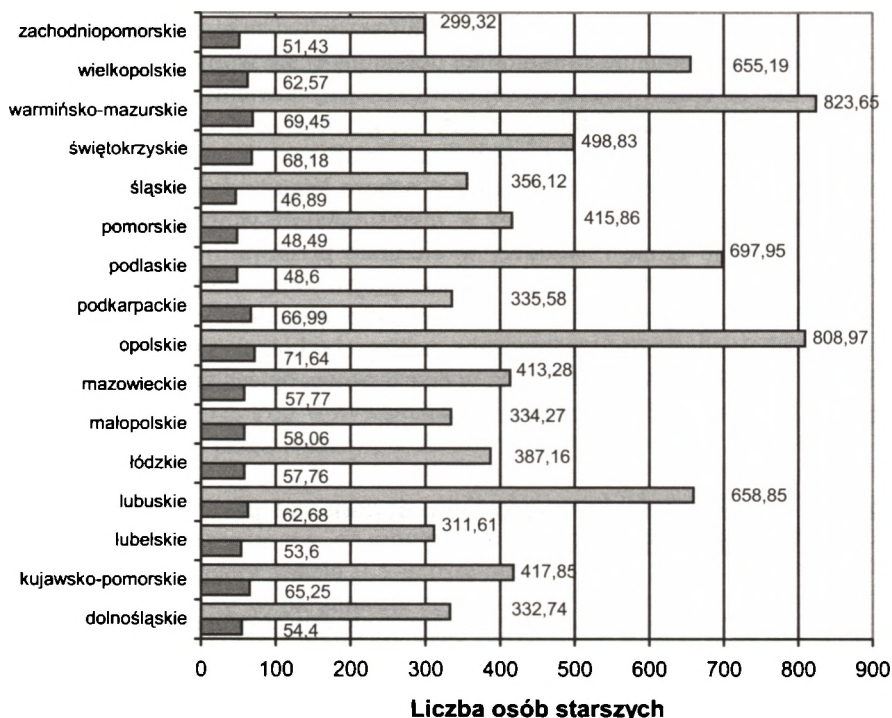
¹⁰ Obliczenia własne na podstawie danych COiEOZ. Według COiEOZ w roku 1996 w ciągu 3 miesięcy udzielono 6 400 301 porad lekarskich osobom powyżej 65. r.ż. [Koronkiewicz, 1998]. W tym czasie w Polsce mieszkało 4417 tys. osób powyżej 65. r.ż.

Wzrost liczby lekarzy poradni ogólnych oraz porad przez nich udzielanych może świadczyć o zmianie strukturalnej dokonującej się w grupie lekarzy realizujących zakres opieki podstawowej. Zwiększa się bowiem liczba lekarzy rodzinnych kosztem redukcji liczby pediatrów, ginekologów oraz chirurgów, zatrudnianych w zakładach opieki zdrowotnej świadczących opiekę podstawową. Jest to wynikiem znacznego ograniczenia naboru lekarzy do kształcenia w zakresie tych specjalizacji, jak również w zakresie chorób wewnętrznych, a także dużej presji na tę grupę zawodową w kierunku przekwalifikowania się. Aby przyspieszyć tę zmianę, lekarzom posiadającym drugi stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych umożliwiono uzyskanie specjalizacji z medycyny rodzinnej bez konieczności odbywania pełnego szkolenia specjalizacyjnego. Działania te zmierzają do zastąpienia w podstawowej opiece zdrowotnej lekarzy różnych specjalności lekarzami rodzinnymi.

II.2.2.2. Rozmieszczenie terytorialne świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

Statystycznie placówki POZ są rozmieszczone dość równomiernie, ale statystyka nie uwzględnia odległości, jakie muszą pokonywać pacjenci, aby dotrzeć do lekarza na terenach słabiej zaludnionych. Tymczasem w badaniach dostępności jako jedną z przyczyn pogorszenia dostępu do lekarza pierwszego kontaktu w 2000 roku wykazano dużą odległość do przychodni i brak dobrej komunikacji [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 6–13]. Dlatego na wsiach, gdzie są znaczne odległości między miejscowościami i mała gęstość zaludnienia, dostępność świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej może być gorsza, także dla osób starszych.

Wyraźniejsze różnice w zakresie dostępności POZ występują między regionami. Wskaźnik zatrudnienia lekarzy (w tym specjalistów) w zakładach opieki zdrowotnej w przeliczeniu na 10 tys. ludności ogólnej od lat jest najniższy w województwach: warmińsko-mazurskim (14,3), opolskim (16,3), lubuskim (17,4), kujawsko-pomorskim (17,5) i podkarpackim (17,7), przy średniej krajowej 22,0 w roku 2000 [CSIOZ, 2002b, Tabl. 2.2.1: Personel medyczny zatrudniony w zakładach opieki zdrowotnej według województw – stan na 31 XII 2000, s. 52]. Wymienione województwa charakteryzują się jednak niższym udziałem osób starszych w ich populacji, dlatego ostatecznie liczba pacjentów w wieku 65 lat i więcej przypadająca na jednego lekarza jest podobna w całej Polsce. Różnice w rozmieszczeniu świadczeń w większym stopniu dotyczą liczby dentyistów. W analizowanym roku zależnie od województwa liczba osób starszych przypadająca na jednego dentyistę wahała się od około 300 do 800 (rycina II.2.1).



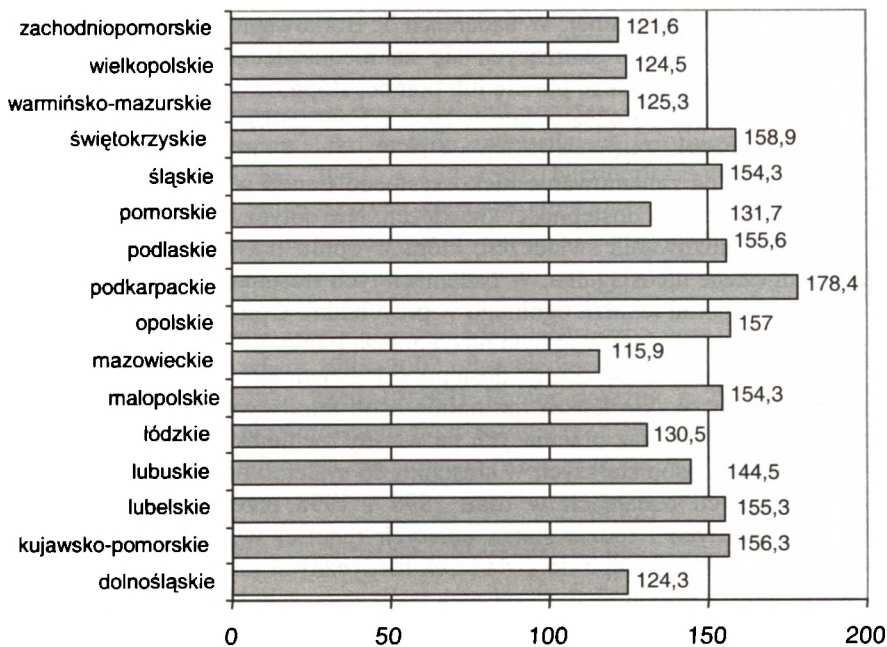
■ liczba osób > 65 lat przypadająca na jednego dentystę

■ liczba osób > 65 lat przypadająca na jednego lekarza (w tym specjalistę)

Rycina II.2.1. Liczba osób starszych (w wieku 65 lat i więcej) przypadających na jednego lekarza lub dentystę, według województw w roku 2000. Opracowanie: E. Ryś na podstawie: GUS, 2001b

W roku 2000 średnia liczba zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przypadająca na sto tysięcy osób powyżej 65. r.ż. wynosiła 140. W poszczególnych województwach wahała się od 118 do 180¹¹. W województwach wschodnich, gdzie tradycyjnie dostępność do placówek ochrony zdrowia była gorsza, w ostatnich latach uległa ona poprawie dzięki zastosowaniu metody rozliczania kontraktów przy użyciu stawki kapitałowej i tworzeniu list pacjentów [UNUZ, 2001]. Z kolei w województwach mazowieckim i łódzkim, charakteryzujących się wysokim odsetkiem osób starszych, liczba zakładów opieki zdrowotnej stosunkowo zmalała.

¹¹ Obliczenia własne na podstawie: GUS, 2001b.



Liczba zakładów na 100 tys. osób w wieku 65 lat i powyżej

Bibl. Jag.

Rycina II.2.2. Liczba zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przypadająca na sto tysięcy osób w wieku 65 lat i więcej, według województw w roku 2000. Opracowała E. Ryś na podstawie: GUS, 2001b

II.2.2.3. Stopień poinformowania osób starszych oraz pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej o zasadach funkcjonowania POZ

Na początku lat dziewięćdziesiątych, przy dość stabilnej strukturze organizacyjnej i od dawna określonej rejonizacji świadczeń, zarówno pacjenci, jak i pracownicy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na ogół nie mieli problemów z powiązaniem pacjenta z określoną placówką, gdyż te świadczyły opiekę nad mieszkańcami zgodnie z adresem zameldowania. Pacjenci automatycznie przypisywani byli określonym lekarzom, zwykle jednak bez możliwości ich wyboru. W latach 1993–1996 nastąpiło wyraźne pogorszenie działania systemu ochrony zdrowia, które przyczyniło się do generalnie negatywnej oceny dostępności

świadczeń opieki zdrowotnej. W badaniach T. Borkowskiej-Kalwas i współpracowników odsetek osób skarżących się na niedostateczne informowanie ich o tym, gdzie można uzyskać poradę lub pomoc, stopniowo rósł: od 37% w roku 1993 do 45% w 1994 i 42% w latach 1996 i 1999 [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 1999]. Zarówno badania CBOS, jak i COiEOZ, dotyczące 1998 roku, wskazują na zahamowanie niekorzystnego trendu w zakresie negatywnej oceny wielu aspektów dostępności świadczeń. Nie dotyczy to jednak informacji na temat zorganizowania świadczeń, która w opinii prawie połowy badanych była w tym czasie nieosiągalna. W badaniach tych stosunkowo najlepiej oceniono dostępność porad lekarza ogólnego w przychodni. Opinia na temat możliwości uzyskania wizyty domowej była nieco gorsza [tamże].

Należy zaznaczyć, że oceny dostępności świadczeń przedstawiane przez osoby starsze są zwykle lepsze niż opinie osób młodszych, lepiej wykształconych i uposażonych oraz pracujących na własny rachunek. Wynika to z mniejszych oczekiwań osób starszych w stosunku do systemu ochrony zdrowia. Dlatego w kolejnych badaniach w roku 1996 i 1998 przedstawiciele niższych warstw społecznych i ludzie starsi, emeryci, renciści wystawili lepszą ocenę równości i łatwości dostępu do świadczeń medycznych niż inne grupy społeczne. Warto jednak wspomnieć, że odsetek osób starszych, które pozytywnie oceniły powszechność dostępu do omawianych usług, wyniósł tylko 21% (dla porównania 5% dla osób młodych) [tamże].

Utworzenie kas chorych poprzedzone było stosunkowo dużą kampanią informacyjną. Niestety, skoncentrowano się w niej na pokazaniu zakładanych korzyści wprowadzanej zmiany, poświęcając niewiele uwagi przedstawieniu zasad funkcjonowania opieki w warunkach kontraktowania usług. Nie było przygotowanych deklaracji wyboru pacjenta, zasad dostępu do systemu czy też procedury skierowań. Wynikający z niedoinformowania zamęt trwał, dopóki świadczeniodawcy nie „nauczyli się” funkcjonować w zmienionych warunkach.

W opinii zarówno osób starszych, jak i pracowników opieki medycznej w pierwszym roku reformy ubezpieczeń zdrowotnych najczęściej skarżono się na brak lub niski poziom informacji na temat nowych reguł udzielania świadczeń. Często wypowiedziano opinię, że „pacjent nie znał zasad poruszania się po systemie, a personel medyczny był niedoinformowany” [tamże]. W sondażu na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej w drugim roku reformy systemu ubezpieczeń (w roku 2000) 61% badanych osób twierdziło, że są słabo poinformowane o zasadach korzystania ze służby zdrowia [Falkowska, 2000b]. Już kilka miesięcy później odsetek ten nieco zmalał (do 59%), co nie przekreśla faktu, że nadal przeważało poczucie braku informacji [Derczyński, 2000b, rys. 3, s. 5]. Lepiej poinformowane były, rzecz jasna, osoby, które w okresie poprzedzającym badanie korzystały z opieki zdrowotnej i one też częściej wystawiały opinie o zdrowotnej dobrej opinii. Dopiero w badaniach przeprowadzonych w roku 2003 wykazano wyraźną poprawę w zakresie informowania o zasadach korzystania z opieki, co w dużej mierze dotyczyło osób starszych (emerytów i rencistów) [Tymowska, 2003a].

Utrudnienia w przepływie informacji miały negatywny wpływ również na współpracę między podmiotami opieki zdrowotnej. W przeprowadzanych badaniach na temat zasad współdziałania różnych instytucji ochrony zdrowia, lekarze rodzinni oceniali kooperację z pracownikami pomocy społecznej, podobnie jak i ze szpitalem rejonowym, jako średnio zadawalającą [Golinowska, Czepulis-Rutkowska, Sitek i in., 2002, s. 154–156]. Niedoinformowanie personelu w zakresie nowych i zmieniających się zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej było przyczyną poważnych trudności w zapewnieniu kompleksowej opieki, zwłaszcza w początkowym okresie reformy. Przykładem tego może być organizacja opieki całodobowej, która w zamierzeniach miała być realizowana przez POZ. Ostatecznie systematycznie spadająca liczba porad ambulatoryjnej pomocy doraźnej (w latach 1998–2002 odpowiednio, w tys.: 6088, 4697, 3342, 2561, 2382) [GUS, 2003c, Tabl. 12(283): Pomoc doraźna, s. 294] może świadczyć o stopniowym przejmowaniu tych usług przez POZ, biorąc jednak pod uwagę, że opieka całodobowa realizowana przez POZ nie we wszystkich regionach była zorganizowana, można podejrzewać, że osiągalność tej formy opieki została poważnie ograniczona. Ocena jej rzeczywistej dostępności wymaga więc przeprowadzenia dodatkowych, ukierunkowanych na to zagadnienie, badań.

II.2.2.4. Stopień partycypowania osób starszych w kosztach świadczeń

Formalnie, powszechny dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej¹² zagwarantowała ustawa zasadnicza¹³. Jednak dopiero wprowadzenie w 1972 roku bezpłatnych świadczeń leczniczych dla rolników zrównało wszystkich obywateli Polski w prawach do ochrony zdrowia. Zasadniczo w latach dziewięćdziesiątych świadczenia POZ były realizowane bezpłatnie dla wszystkich grup społecznych, a od roku 1999 – dla wszystkich ubezpieczonych w rozumieniu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

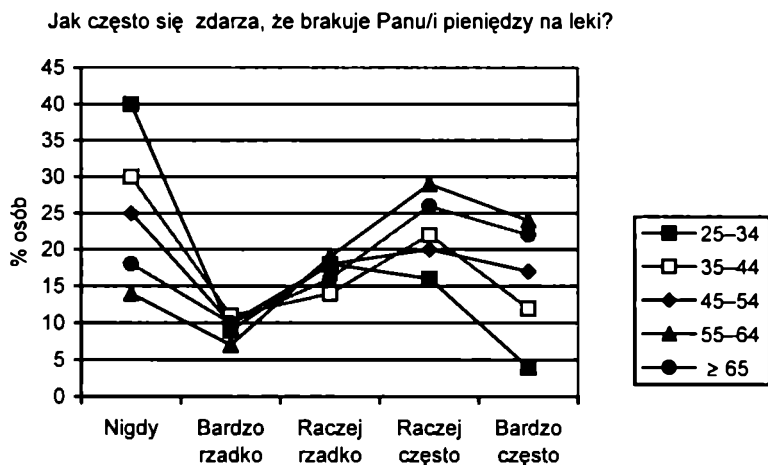
Obszarem, w którym osoby w podeszłym wieku odczuły niewątpliwie ograniczenie dostępu w okresie omawianych 10 lat, jest odpłatność za leki. Fundowanie bezpłatnych leków dla emerytów i rencistów, jako jedno z podstawowych założeń systemu ochrony zdrowia w PRL-u, przestało być możliwe na początku lat dziewięćdziesiątych¹⁴. Od tego czasu tempo wprowadzania nowych, znacznie droższych środków farmakologicznych jest bardzo duże. Nie nadążają za tym zmiany dotyczące zasad refundacji, a szczególnie niejasne są zasady tworzenia listy tzw. leków refundowanych. Lekarze często też nie orientują się w szybko

¹² Należy zaznaczyć, że w latach 1950–1952 tylko około 60% obywateli Polski było ubezpieczonych.

¹³ Konstytucja PRL z dnia 22 lipca 1952 roku, Artykuł 70.

¹⁴ Ustawa z dnia 10 października 1991 roku o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej (Dz.U., 1991, Nr 105, poz. 452, z późn. zm.).

zmieniających się cenach ordynowanych preparatów. Tymczasem osoby starsze, emeryci, renciści, częściej niż ludzie należący do innych grup społecznych dokonują zakupu leków. Dlatego też z perspektywy polityki zdrowotnej ważne jest stwierdzenie, że osoby te, jak również osoby posiadające wykształcenie podstawowe i niskie dochody, w latach 1996 i 1999 częściej zgłaszały problemy finansowe powodujące rezygnację z zakupu leków [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 1999].



Rycina. II.2.3. Dostępność leków dla różnych grup wiekowych w roku 2000. Opracowano na podstawie: Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 6-13

W ciągu omawianych 10 lat partycypowanie pacjentów w kosztach opieki zdecydowanie wzrosło w zakresie usług stomatologicznych, które w ramach kontraktów z NFZ są tylko częściowo refundowane, jednak w niektórych ośrodkach, w wyniku odstąpienia od podpisywania umów z NFZ, są obecnie całkowicie pełnopłatne.

Należy również wspomnieć o opłatach nieformalnych, które stały się poważnym problemem w latach dziewięćdziesiątych. W 1995 roku 29%, zaś w 1996 – 27% badanych ponosiło nieformalne koszty związane z leczeniem w publicznej służbie zdrowia. Liczba tych osób zmalała do 18% w roku 1998, ale jednocześnie wzrosła wysokość średniej wpłaconej kwoty: z 350 PLN w 1995 do 524 PLN w 1998 roku [tamże]. W kolejnych latach obserwuje się niewielką poprawę. W okresie 2000–2003 odsetek osób dokonujących opłat nieformalnych związanych z leczeniem ustabilizował się na poziomie 15–16%, przy czym

średnia wielkość kwot płaconych przez osoby starsze zmalała do 497 PLN w roku 2003 [Górecki, 2004b].

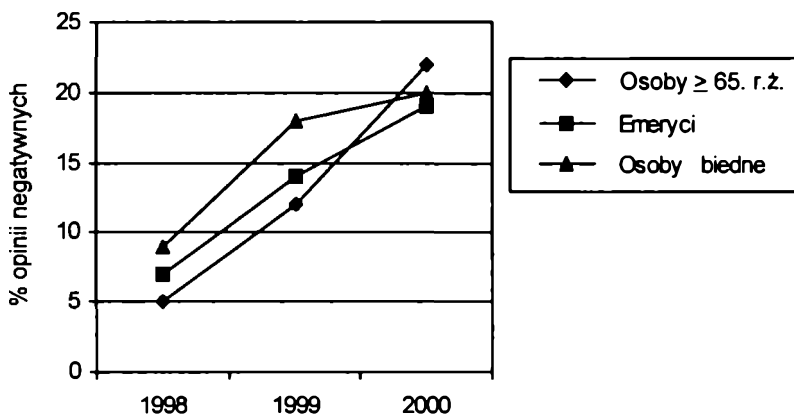
II.2.2.5. Bariery organizacyjne w dostępie do świadczeń

Z zasady w systemie ochrony zdrowia opartym na instytucji lekarza rodzinnego nie stworzono żadnych formalnych barier w dostępie do lekarza pierwszego kontaktu. To on ma pełnić rolę „bramkarza systemu”, czyli osoby, która kwalifikuje pacjentów do innych specjalistów i procedur medycznych. Niestety, niejednokrotnie długi czas oczekiwania na poradę, konieczność ustalenia terminu wizyty i brak ciągłości opieki tworzą bariery uniemożliwiające otrzymanie konsultacji lekarskiej na żądanie, jak to zakładano pierwotnie. Na usprawiedliwienie obecnych niedomagań systemu należy powiedzieć, że na początku lat dziewięćdziesiątych pacjenci również czekali w poczekalniach do gabinetów i na lekarską wizytę domową. Obecnie jednak mogą zmienić lekarza, gdy ten nie reaguje dość szybko na ich potrzeby. Pacjent, wybierając swojego lekarza rodzinnego, wybiera również pewien sposób organizacji opieki. Z kolei lekarz rodzinny zobowiązany jest do realizacji kontraktu zawartego z płatnikiem oraz do sprostania oczekiwaniom pacjenta. Przyczyny ewentualnych barier w dostępie do świadczeń podstawowej opieki należy zatem rozpatrywać w kontekście układu tych trzech podmiotów.

We wszystkich badaniach dostęp do opieki podstawowej oceniany jest stosunkowo najlepiej w porównaniu z dostępnością innych świadczeń [Derczyński, 2000b, tab. 4, s. 8; Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 6–13; Tymowska, 2003a]. W roku 2000 wśród problemów, jakie mieli pacjenci zgłaszający trudności w uzyskaniu świadczeń medycznych, 23% stanowiła jednak niemożność uzyskania porady lekarza pierwszego kontaktu, a 10% – skargi na złe diagnozy i leczenie, które najczęściej były wynikiem błędnych decyzji lekarzy [Derczyński, 2000b, tab. 7, s. 13]. W świetle wspomnianych założeń reformy dotyczących likwidacji wszelkich barier dostępu do lekarza rodzinnego, ten wynik należy traktować jednak jako sygnał poważnego ograniczenia dostępności świadczeń o charakterze podstawowym.

Należy podkreślić, że największe problemy z dostępem do usług lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w roku 2000 miały osoby należące do grup słabszych pod względem pozycji społeczno-ekonomicznej, w tym ludzie powyżej 65. r.ż., emeryci i renciści. Negatywne opinie dotyczyły zarówno dostępności porad lekarskich w przychodni (w przypadku rencistów i osób ubogich), jak i wizyt w domu pacjenta (rycina II.2.4) [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 6–13]. Postawiono nawet hipotezę o tym, że nowy system ochrony zdrowia pogłębia różnice społeczne w dostępie do opieki zdrowotnej [tamże]. W wyniku badań prowadzonych w 2003 roku ta teza nie została jednak potwierdzona [Borkowska-Kalwas, 2004, s. 13]. Odnotowano poprawę opinii osób starszych na temat dostępności porad lekarza pierwszego kontaktu w przychodni

oraz wizyt domowych, na poziomie zbliżonym do tego sprzed reformy (tzn. w roku 1989). Przypuszcza się, że częściowo jest ona wynikiem stopniowego uczenia się społeczeństwa nowych zasad korzystania z systemu ochrony zdrowia.



Rycina II.2.4. Dostępność wizyt domowych lekarzy pierwszego kontaktu w opinii osób starszych. Opracowano na podstawie: Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 6–13

W badaniach przeprowadzonych w roku 2000 osoby starsze, potwierdzające kłopoty w dostępie do lekarza rodzinnego, najczęściej wskazywały na problemy w zakresie dostępności organizacyjnej i przestrzennej, to jest: konieczność wczesnego wstawania i długiego oczekiwania w kolejce w celu rejestracji (57% badanych), niemożność zarejestrowania się telefonicznie (38%) lub wcześniejszego zapisania się do lekarza (np. poprzedniego dnia – 35%), długie kolejki do lekarza (34%), ograniczenie liczby pacjentów rejestrowanych dziennie (30%), duża odległość do przychodni czy ośrodka zdrowia (15%) oraz niedostosowanie godzin pracy do potrzeb pacjentów (6%) [Halik, 2001]. W kolejnych badaniach wykazano stopniową poprawę w ocenie dostępności podstawowej opieki zdrowotnej w porównaniu z okresem sprzed reformy [Tymowska, 2003a; Borkowska-Kalwas, 2004, s. 13].

Organizacyjnie po stronie praktyk lekarzy rodzinnych nie powinny występować żadne ograniczenia w dostępie do świadczeń, w tym do wizyt domowych. Jednak przy relatywnie obniżającej się stawce kapitałowej oraz stale zmniejszanych nakładach na podstawową opiekę zdrowotną lekarze przyjmują deklaracje coraz większej liczby pacjentów, co wywołuje utrudnienia w dostępności, będące wynikiem przeciążenia lekarzy pracą. Dzieje się tak z cichym przyzwoleniem płatnika (wcześniej kas chorych, a obecnie Narodowego Fundu-

szu Zdrowia), który z roku na rok zmniejsza pulę środków przeznaczanych na POZ i usunął, obowiązujący do roku 1999 w podpisywanych kontraktach z lekarzami rodzinnymi, zapis o wymogu realizacji świadczenia wizyty domowej w dniu zgłoszenia, a w uzasadnionych przypadkach najdalej dnia następnego.

II.2.2.6. Czas oczekiwania na usługę

W latach dziewięćdziesiątych wśród przyczyn trudności z uzyskaniem porady lekarza ogólnego najczęściej wymieniano długie oczekiwanie przed gabinetem oraz konieczność wczesnego wstawania i długiego stania w kolejce, by zarejestrować się do lekarza. Było to związane z wadliwą, nieuwzględniającą potrzeb pacjentów organizacją pracy w przychodniach ogólnych [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 1999]. Z kolei czas oczekiwania na wykonanie podstawowych badań diagnostycznych (tj. RTG, EKG, cytologii) był stosunkowo krótki [tamże].

Zasadniczo w roku 2000 kolejność tych trudności nie zmieniła się [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 6–13]. Pozytywną natomiast zmianą jest powszechne wprowadzenie możliwości rejestracji przez telefon oraz umawiania się na wizytę w określonym dniu i o ustalonej godzinie (system *appointment*). Pacjenci rejestrują się i otrzymują poradę w tym samym dniu lub umawiają wizytę w innym terminie. Wyznaczenie terminu dotyczy zwłaszcza wizyt domowych. System ten został wprowadzony we wszystkich praktykach lekarzy rodzinnych w Małopolsce [MRKCh, 2000] i upowszechnia się w całym kraju. Wydaje się, że wiedza pacjentów o tych możliwościach jest wciąż niewystarczająca, ale coraz częstsze stosowanie w praktykach lekarzy rodzinnych pozwala sądzić, że zmiany te zostaną utrwalone.

II.2.3. Wnioski i rekomendacje

Wnioski

Na podstawie analizy danych statystycznych i opinii ekspertów zaproszonych do projektu wykazano, że:

1. Restrukturyzacja podstawowej opieki zdrowotnej i zmiany kierunków kształcenia w zakresie specjalizacji lekarskich doprowadziły do zwiększenia liczby lekarzy pierwszego kontaktu zatrudnionych w POZ i przez to do poprawy osiągalności ich usług dla osób starszych.

2. W okresie analizowanych 10 lat wzrosła liczba porad lekarskich w POZ udzielanych dorosłym, w tym osobom starszym.

3. Wprowadzenie reformy ubezpieczeń zdrowotnych wniosło wiele zmian w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, co spowodowało pogorszenie orientacji

pacjentów oraz pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w zasadach nowej organizacji świadczeń.

4. Zlikwidowano wszelkie administracyjne bariery, które mogłyby blokować dostęp pacjenta do lekarza pierwszego kontaktu. Poprzez wolny wybór lekarza stworzono podstawy łatwiejszego z nim kontaktu. W praktyce jednak konieczność rejestracji, umawiania się na termin wizyty oraz oczekiwanie w kolejce w poradni nadal zgłaszane są przez pacjentów, w tym osoby starsze, jako najbardziej dotkliwe bariery dostępu do lekarza POZ.

5. Stopień partycypowania w kosztach opieki zwiększył się w związku z likwidacją prawa osób starszych do bezpłatnych leków oraz koniecznością znacznego współfinansowania leczenia stomatologicznego.

6. Czas oczekiwania na poradę lub wizytę lekarza POZ zasadniczo nie uległ zmianie w okresie 1990–2000.

7. Wobec ograniczenia zakresu pomocy doraźnej realizowanej w ramach stacji pogotowia ratunkowego, w porównaniu z sytuacją w roku 1990 kompleksowość opieki, w sensie zapewnienia opieki całodobowej, w roku 2000 napotykała poważne trudności.

Rekomendacje

Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne, trzeba zakładać, że w przyszłości nieunikniona będzie zmiana roli lekarza POZ, który w większym zakresie niż dotychczas będzie musiał zajmować się pacjentami w starszym wieku. Wychodząc z takiego założenia, należy oczekiwać od lekarzy poszerzania kompetencji w dziedzinie geriatrii, dysponowania wiedzą na temat organizacji różnych form opieki w ramach szerokiego spektrum instytucji, posiadania umiejętności koniecznych do oceny potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych oraz udzielania im pomocy polegającej na kierowaniu do świadczących odpowiednie usługi. W tym celu należy:

- zwiększyć zakres szkolenia lekarzy rodzinnych w zakresie problematyki geriatrii i gerontologii;

- motywować lekarzy rodzinnych do opieki nad osobami starszymi, stosując podwyższony wskaźnik kapitałowy za opiekę nad nimi, różnicując go zależnie od wieku pacjenta, rodzaju schorzeń (które narzucają konieczność częstszych badań kontrolnych) i stopnia samodzielności (który wyznacza zakres usług opieki długoterminowej);

- mobilizować lekarzy i pielęgniarzy rodzinne do aktualizowania wiedzy na temat dostępnych form pomocy osobom starszym w ramach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i instytucji pozarządowych.

W świetle wyników analizy badań dostępności podstawowej opieki zdrowotnej należy:

- poprawić system informowania pacjentów o zmianach w zakresie funkcjonowania placówek opieki podstawowej;

- poprawić organizację pracy w praktykach lekarzy rodzinnych i poradniach lekarzy pierwszego kontaktu poprzez usprawnienie systemu rejestracji chorych oraz dostosowanie wielkości kontraktów do możliwości obsługi pacjentów;
- skrócić czas oczekiwania przez osoby starsze na poradę lub wizytę domową lekarza.

